



## RCAM/JSIS – ODONTOLOGÍA (FORMULARIO ÚNICO)

## PARTE RESERVADA AL AFILIADO AL RCAM

Nombre y apellidos del afiliado: ..... N.º de personal o de pensionista: .....

Beneficiario de las prestaciones:  afiliado  cónyuge o pareja de hecho reconocida  hijo a cargo (o persona asimilada)

- Para presentar **una solicitud de autorización previa**, envíe a la Oficina de Liquidación el presente formulario con la **parte «presupuesto»** completada y los documentos solicitados.
- Para presentar una **solicitud de reembolso**, envíe el presente formulario con la **parte «honorarios»** completada, la factura, recibo o certificado del tratamiento («attestation de soins») y los documentos solicitados. En caso de cobertura complementaria, adjunte además un desglose de costes o un carta en la que se justifique la denegación de las prestaciones expedida por el régimen primario.

El RCAM solo procederá al reembolso si se cumplen todas las disposiciones reglamentarias.

Para más información: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health>

## PARTE RESERVADA AL DENTISTA

 Presupuesto\*

o

 Nota de honorarios\* de: Nombre y apellidos: .....

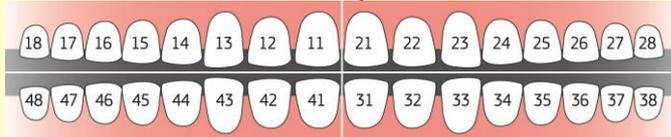
Fecha de nacimiento: .....

\* Elija una opción

## CUIDADOS Y TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

Utilice únicamente la columna que corresponda

## ▼ Odontograma: indicar los dientes a los que se refiera el tratamiento completo



Número(s) del (de los) diente(s) por tratamiento

PRESUPUESTO

Cumplimentar sólo en el caso de tratamientos con prótesis o implantes

HONORARIOS

Consulta ..... /

Radiografía endobucal ..... /

Radiografía panorámica o telerradiografía, CBCT ..... /

Fluorización dental, sellado de orificios y fisuras .....

Tartrectomía .....

Obturación coronaria .....

Reconstitución directa, muñón artificial (con tornillo o perno), inlays y facetas de resina .....

Endodoncia y obturación radicular .....

Extracción normal, incisión del absceso, esquirectomía .....

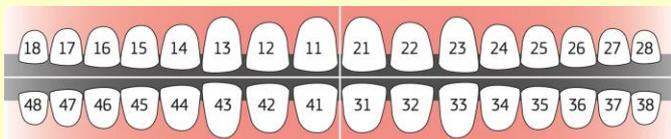
Extracción quirúrgica, diente incluido, apectomía, amputación radicular, frenectomía .....

Otros (especificar) .....

## PERIODONCIA:

Utilícese únicamente la columna que corresponda

## ▼ Odontograma: indicar los cuadrantes a los que se refiera el tratamiento completo



Cuadrante(s)

PRESUPUESTO

HONORARIOS

## ▲ Si se trata de un presupuesto: adjuntar una nota en la que se explique el tratamiento previsto

Exámenes paradontales (DPSI) ..... /

Alisado radicular .....

Cirugía .....

Aparato de contención periodontal moldeado .....

## OCLUSODONCIA:

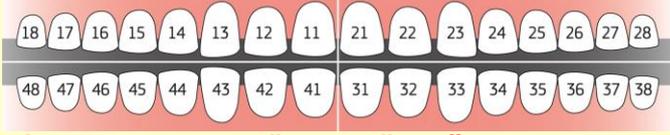
Utilice únicamente la columna que corresponda

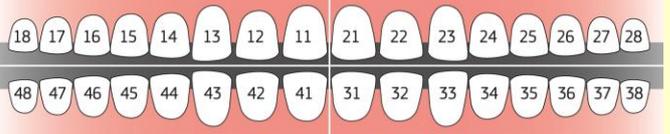
## ▲ Si se trata de un presupuesto: adjuntar una nota en la que se explique el tratamiento previsto

Férula de descarga .....

Férula de avance mandibular para OSAS .....

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE →

PRÓTESIS		Utilice únicamente la columna que corresponda	
<p>▼ <b>Odontograma: indicar los dientes a los que se refiera el tratamiento completo</b></p>  <p>▲ <b>Si se trata de un presupuesto: adjuntar radiografías</b></p>	Número(s) del diente (o dientes) por tratamiento	PRESUPUESTO	HONORARIOS
<p>• <b>PRÓTESIS FIJAS</b></p> <p><i>Inlay-core</i>, incrustaciones (<i>inlays</i>) de oro, cerámica o resina (indirecto) .....</p> <p>Corona colada, cofia telescópica, corona o elementos de ramo metálico, faceta de cerámica o resina (indirecto) .....</p> <p>Fijación (especificar) .....</p> <p>Corona o pónico provisionales (incluidos la colocación y el desmontaje) .....</p> <p>Desmontaje o reposición de elementos fijos, por elemento .....</p> <p>Reparación de coronas o elementos de puente, por elemento .....</p> <p>• <b>PRÓTESIS MÓVILES</b></p> <p>Placa base de resina .....</p> <p>Diente o gancho sobre base de resina .....</p> <p>Prótesis completa superior o inferior .....</p> <p>Placa base de resina provisional .....</p> <p>Diente o gancho provisional sobre base de resina .....</p> <p>Placa metálica colada (incluidos anchos) .....</p> <p>Dientes sobre placa metálica .....</p> <p>Reparación de una base de resina, adición (sustitución) de un diente o de un gancho sobre base de resina o metálica. ....</p> <p>Cambio de base (parcial o completo/placa de resina o metálica) .....</p>			

IMPLANTOLOGÍA		Utilice únicamente la columna que corresponda	
<p>▼ <b>Odontograma: indicar los dientes a los que se refiera el tratamiento completo</b></p>  <p>▲ <b>Si se trata de un presupuesto: adjuntar radiografías</b></p>	Lugar(es) del implante(s)	PRESUPUESTO	HONORARIOS
<p>Autoinjerto óseo .....</p> <p><b>Colocación del implante</b> incluido el estudio previo, implante, pilar conector, hueso sintético, membrana y material estéril, anestesia local, acto quirúrgico, exposición de la cabeza del implante, cirugía gingival preprotésica .....</p> <p>Otros (especificar) .....</p>			

ORTODONCIA:		Utilice únicamente la columna que corresponda	
<p>▲ <b>Si se trata de un presupuesto: adjuntar una nota en la que se expliquen las anomalías detectadas, el tratamiento previsto y su duración</b></p>		PRESUPUESTO	HONORARIOS
<p>Estudio previo/modelos de evaluación <i>para establecer un diagnóstico/un tratamiento</i> .....</p> <p>Radiografías/análisis cefalométrico <i>para establecer un diagnóstico/un tratamiento</i> .....</p> <p><b>Honorarios del tratamiento</b> incluidas revisiones, dispositivos o aparatos superiores o inferiores, bráquets, otros análisis cefalométricos/modelos de evaluación .....</p>	/		

<p><b>Sello del dentista, número de teléfono y país (obligatorio)</b></p>	<p>Presupuesto total: ..... (especificar moneda y país)</p>
	<p>Total honorarios: ..... (especificar moneda y país)</p> <p><input type="checkbox"/> Certifico que he realizado las curas/tratamiento arriba indicados entre el ..... y el ....., por los que he recibido los honorarios correspondientes*.</p> <p><input type="checkbox"/> Adjunto el certificado del tratamiento («attestation de soins»)/ recibo/factura expedidos conforme a la legislación nacional*.</p> <p><b>*declaración obligatoria</b></p>
<p>Fecha: .....</p> <p>Firma del dentista: .....</p>	